

要介護老人の在宅介護を規定する家族的要因

— 分析枠組の検討 —

1. 家族介護の客観的要因と主観的要因
2. 介護態勢をとらえるための諸指標
3. 介護意識をとらえるための諸指標
4. 要介護老人の在宅介護についての分析枠組
5. 分析枠組のケースへの適用

藤 崎 宏 子*

要 約

戦後日本における家族変動の一つの帰結ともいえる、家族による老人扶養機能の脆弱化にたいする危機感が高まりつつある。またもう一方で、施設中心から在宅中心へという老人福祉の重点の移行のなかで、老人の地域生活の中心的な基盤をなす家族のあり方に、大きな社会的関心が寄せられている。このような背景のもとで、要介護老人の家族介護の実態をとらえるために、多くの調査研究が実施されており、そのなかであきらかにされた知見もかなりの量にのぼる。しかし、これらの調査研究の多くは明確な分析枠組にもとづくものではないため、知見の量的な蓄積は、研究の累積性に必ずしも貢献していない。本稿は、このような研究の現状にかんがみ、要介護老人にたいする家族介護のあり方をとらえるための主要な要因を整理し、それら要因間の関連を示す分析枠組を提示することを目的とする。最初の作業としては、これらの要因群のなかでも直接的に家族介護の状態を規定する、「介護態勢（介護の客観的側面）」と「介護意識（介護の主観的側面）」について、既存研究の成果をふまえながら検討する。つぎに、他の関連要因として、老人の心身の障害程度、家族システムの全体的特性、サポート・ネットワーク、時間的要因の四つに注目して、同様の検討をおこなう。さらに、これら諸要因を一つの分析枠組に統合して示したうえで、具体的な事例をこの枠組みに即して整理してみる。

1. 家族介護の客観的要因と主観的要因

要介護老人にたいする家族介護のあり方を検討する既存研究で、共通してとりあげられる基本項目は、老人の心身の障害程度、および家族の介護能力を規定する諸要因である。そして、一般に、この2種の要因を組み合わせることで、介護状態

のレベルが評価される¹⁾。このうち、老人の心身の障害程度の評価は、ADL評価スケールや長谷川式痴呆スケールなどの定評あるチェックリストを用いることが多い。しかし最近では、独自に開発したスケールを適用する試みも散見されるようになってきた。これにたいして、介護能力については、一次元的な概念でないために、スケールの開発はきわめて遅れている。一般に、主たる介護

* 東京都立大学都市研究センター非常勤研究員（東京都立医療技術短期大学）

担当者およびこれを補助する人の存否やその属性、住宅条件や経済状態などの物的諸条件などが指標として用いられる。いずれにしても、統計調査になじみやすい客観的要因が評価項目の中心をなしている。

ところで、いくつかの既存研究では、こうした客観的要因により分析的にとらえられた介護状態が、経験的に観察されるその良否と必ずしも一致しないという指摘がなされている²⁾。たとえば、老人の障害程度も重く、家族の介護条件も劣悪であるにもかかわらず、きわめてよい状態で介護されているケースがある反面、これらの条件については比較的恵まれているのに、十分な介護がなされていないケースもある。あるいはまた、今後の介護継続意志の点でも、条件が良いケースで施設入所希望が強いものがあったり、条件が悪いのに在宅介護を続けていく意志の強い家族もある。おそらくそこには、客観的要因を中心とした家族的条件把握の限界が示されているものと思われる。

このような常識的見解と現実との食い違いを解釈するうえで、「家族ストレス論」が一つの手がかりを与えてくれる³⁾。図1は、R. ヒルによる家族ストレス論の基本的な発想を示す、家族ストレスのABCXモデルである⁴⁾。このモデルは、同一のストレス因(A要因)を経験した家族のすべてが同様の危機状態に陥るわけではなく、家族がその問題に対処するために用いることのできる資源(B要因)、および家族の事態にたいする認知や意味づけのあり方(C要因)により、危機の

程度(X要因)も変わってくるという考えのもとづくものである。

この枠組みをここで問題にしている事態に応用してみると、まずストレス因は、「家族内における要介護老人の発生」とみなすことができる。ただし、老人の心身の障害タイプやその程度により、ストレス因の状況は当然異なってくる。資源要因については、既存研究において家族の介護能力をとらえるために用いられる、経済状態、住宅条件、介護者の諸属性などがこれに対応する。しかしモデルのなかで、危機の程度を規定するもう一つの要因とされている認知要因については、既存研究において明確な位置づけを与えられてはいない。具体的には、家族の介護意識、介護意欲、また老人の病状についての受けとめ方などの項目がこれに相当すると思われる。これらの意識や認知にかかわる要因は、大量サンプルを対象とする経験的調査ではとらえにくい性格のものであるがゆえに、資源要因にくらべて十分な注意を払われてこなかった。

そこで、本稿では、在宅要介護老人にたいする家族介護のあり方をとらえる主要な要因群を、客観的要因と主観的要因の2種に分け、それぞれについて既存研究の成果をふまえながら検討する。なお、以下では、客観的要因群を「介護態勢」、主観的要因群については「介護意識」と呼ぶことにする。

2. 介護態勢をとらえるための諸指標

はじめに、家族による介護のあり方を規定する客観的要因群について、1) 人的条件、2) 物理的条件、3) 知識・技術条件の三つの側面に分けて検討する。

2.1 人的条件

人的条件とは、要介護老人の在宅介護態勢を支えるマンパワーの諸条件を意味する。一般に、一人の在宅老人の介護になんらかの関わりをもつ人は複数であり、しかも、それらの人々の老人との関係も一様ではない。家族・親族のみならず、近

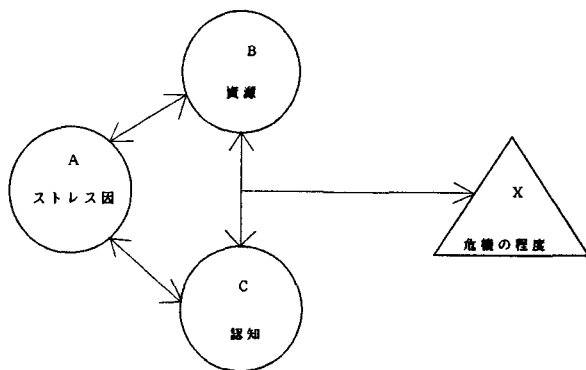


図1 家族ストレスのABCXモデル

隣関係や社会福祉サービスのエージェントなども、マンパワーの範疇に含まれる。しかし、ここではとりあえず、同一世帯をなすか、あるいはこれに準ずる状態として、日常的に接触・援助が可能な程度の隣居・近居の親族の範囲に限定して考える。

a. 主介護者

このように限定される介護マンパワーのなかで、もっとも重要な存在は、通常「主(たる)介護者」と呼ばれる人々である。この用語についてはとくに厳密な定義があるわけではないが、老人の介護やこれにともなう家事を中心になっておこなっている人というほどの意味合いで用いられる。いわば、介護のキーパーソンである。既存の調査研究においても、主介護者の状況や属性については力点をおいているものが多く、その実態もかなり明らかになっている。たとえば、性別の点では圧倒的に女性が多く、続き柄については、男性老人の場合は妻か嫁が一般的であり、女性老人の場合は、嫁と娘が中心になる。年齢的にはもっぱら中年世代、あるいは自らも老年期にいる人もかなり含まれ、自分自身も健康上の問題をかかえている人々も少なくない⁵⁾。このように主介護者についての情報が豊富なのは、とくに老人の心身の障害程度が重い場合、老人から直接に情報をえることがむずかしく、主介護者をインフォーマントすることが多いという調査設計上の特質にも関連している。

b. 介護補助者

以上のような主介護者の状況に加えて、これをサポートする介護補助者の存在も重要である。とりわけ、障害程度が重い老人で、常時介護や見守りが必要な場合は、1日24時間1年365日体制で、一人の介護者が対応することはきわめて困難である。このため、既存研究においても、介護補助者の存否や属性に注目したものが少なくない。たとえば、東京都老人総合研究所による痴呆性老人の在宅介護にかんする調査では、「副介護者」として概念化され、その実態の一端があきらかにされている⁶⁾。またストーンは、アメリカにおける虚弱老人介護についての全国調査の結果から、プライマリーなケア提供者とセカンダリーなケア提供

者の属性の違いについて、都老研の調査知見と共通するいくつかの重要な指摘をおこなっている⁷⁾。介護補助者の存在は、主介護者の心身の負担軽減に貢献するのみならず⁸⁾、介護態勢全体の安定にも寄与し、さらには老人の社会的接触の機会を増すという意味合いもあり、きわめて重要な要因と考えられる。したがって、介護補助者についても主介護者と同等の比重で調査されることが望ましい。

c. 介護内容と役割分担

このように、要介護老人をとりまく介護者の主だった人々を個別におさえたうえで、そのつぎのステップとして、それら複数の介護者間における役割分担や協力体制についてみる必要がある。そのさい、まず要介護老人の生活を支えていくうえで、どのような役割が必要とされるかを確認しなければならない。それは、日常生活項目の多岐にわたるが、ここではそれを、大きく直接介護および見守り、精神的慰安、家事の三つに分類する。

まず「直接介護および見守り」の領域では、食事、排泄、入浴、清拭、衣服の着脱、屋内移動などの介助が基礎的な項目としてあげられる。これに加えて、服薬管理、褥瘡の手当、通院介助などの健康管理的な介護も必要な場合がある。また、以上にあげた介護行動も、それが日中になされるか、夜間に必要かにより介護者の負担もかなり異なってくる。したがって、夜間介護については、別だでの調査項目を用意しておくほうがよい。さらに、いま一つ忘れてはならない介護行動として、老人の心身の状態全般についての見守りがあげられる。これは、明示的な役割行動の特質を備えていないために見落とされることも多いが、直接介護をおこなう場合も、精神的慰安についての配慮をするさいも、さらに心身状態の急変にいち早く対処するためにも、基本となる項目である。疾病により身体状態が不安定な老人や、痴呆からくる徘徊その他の危険な行動がみられる場合は、とりわけ重要な役割といえる。

これらのうちどのような介護が必要か、そして具体的にはどのような介護様式になるかは、基本的には老人の心身の状態による。しかしそればか

りではなく、介護者の諸条件や、次項で取り上げる介護の物理的諸条件によっても異なってくる。いずれにしても、これらの介護のあり方いかんによっては、老人の心身状態は大きく左右されるだけに、介護に携わる家族がもっとも神経をつかう役割であり、経験や専門的知識に裏付けられた行動が期待されている。

「精神的慰安」の領域では、老人の精神的安定をはかるためのさまざまな配慮が中心をなす。こうした目的をもつ、あるいは結果的にこうした機能を果たす役割行動は、直接介護の領域のように明確に識別することがむずかしい。話相手になったり、老人の趣味につきあったり、といった行動はある程度特定しやすいが、たとえばオムツ交換の時に老人の肉体的・精神的苦痛の少ないやり方を工夫したり、声掛けをするといった配慮は、行動レベルでは直接介護の項目に含まれてしまう。また、どのような行動においてどのような配慮をすることが老人の精神的安定につながるかは、かなり個性の高い問題である。

家事については、ここでは、要介護老人がいることにともなって必要とされる「特別な」家事行動に限定する。たとえば、老人用の特別な食事の準備、オムツ・寝具・衣類などの洗濯、居室の掃除や身の回りの物の整理、介護に必要な物品の買物などである。ただし、これらは、そもそも老人が「要介護」状態になくとも必要なお世話だったかもしれないし、買物や食事づくりのように、実際には世帯全体の必要をみとすための役割行動のなかに含まれており、識別困難な場合もある。しかし、介護者の介護役割やそれにとともなう負担感をみるためには、なんらかの工夫により、老人が「要介護」状態になったことにともない付加された家事行動を識別する必要がある⁹⁾。介護者の生活行動全般についてのタイム・スタディ¹⁰⁾をおこない平均的な生活時間と比較をしたり、以前の状態と比較しての家事労働時間の変化を主観的に問う方法などが次善の策となろう。

以上のような役割行動の全レパートリーをもとに、個々のケースにおける役割分担の状況について調べていく。そのさい、役割分担には特定の時

間幅のなかでの一定のパターンがあることを想定して、少なくとも1日単位と1週間単位、さらに望ましくはそれ以上の時間幅についてこれをおさえていく。また、比較的安定した恒常的なパターンとともに、介護者が病気になったときなどの臨時的な対応もあわせて問うことが望ましい。

2. 2 物理的条件

物理的条件とは、大きくは経済的条件と、住宅・設備などの物的条件に分けられる。このうち経済的条件については、フローとストックの二つの側面に分け、フローについては収入と支出に分けて考えていく。

a. フロー

まず収入については、世帯収入のレベルが基本となる。ただし、老人を含む世帯の家計構造をとらえるためには、家計の範囲をいかに確定するか問題となる¹¹⁾。とりわけ、子ども家族と同居している場合は、老人世代と子世代家族とのあいだで家計の分離が生じていることも多い。また逆に、たとえ別居をしていますが、家計についてはかなり融合度が高い場合もある。したがって、世帯員すべての個人収入を合算することによってえられる世帯総収入額によっては、収入面からみた老人の生活程度は必ずしも正確に把握できない。少なくとも、世帯員が2世代以上にわたったり、別世帯であっても家計に共有部分がありうる場合は、世代間の家計の分離度、もしくは融合度を問い、現物援助をも考慮した老人(夫婦)の生活を直接支えるための収入を識別する工夫をしなければならぬ。また、これとは別に、年金・恩給などに代表される純粋な意味での老人の個人収入についてもおさえておく。それは、たんに経済的な意味合いのみならず、老人の自立心の支えとなったり、世話をしてもらうことにともないがちな罪障感をあがなう一つの要素にもなるからである。

支出の面についても、収入と同様に、世代間の家計の共同・分離の状況に留意する必要がある。そして、ライフサイクルやライフスタイルによって規定される支出構造の特質とともに、老人が「要介護」状態にあることにともなう特別な出費

についてもおさえておかなければならない。たとえば、医療費、介護器機の購入費、特別食をつくるための材料費、紙オムツ代、家政婦などを雇った場合の支払いなどがこれに相当する。これらの特別な支出の必要性は、まず老人の心身の障害程度によって異なるが、その世帯の収入レベルによっても左右され、経済的に余裕のある世帯の方がより高額になりがちだとの指摘もなされている¹²⁾。

b. ストック

経済的条件のストックの面には、土地や住宅・貸家などの不動産、株券・有価証券、貯蓄、高価な貴金属や耐久消費財などが含まれる。一般にこれらの所有状況は、恒常的な収入の多寡と相関するとみなされるが、老人開発センターの調査によると、貯蓄に限ってみると、収入が少なくとも高額の貯蓄を有している場合もある¹³⁾。したがって、世帯の全体的な経済状況を評価するうえで、欠かせない調査項目である。しかしこの面においても、家計の収支と同じように、世帯全体の資産保有状況と、老人（夫婦）の実際の生活の安定に資する資産とでは、その範囲が異なる場合がある。とりわけ昨今の大都市域を中心とする地価高騰の傾向のなかで、子ども家族との同居ケースにおいて、住宅や宅地の所有名義が親世代にあるか子世代かにより、親子の勢力関係や在宅介護の安定性も大きく左右される。したがって、資産の状況について目配りするさいには、たんに経済的意味合いに限定せず、それが家族関係や介護意識とも密接に関連するという点を忘れてはならない。

c. 住宅・設備

まず住宅については、持ち家か否か、持ち家の場合はその所有関係がどうなっているかをおさえる必要がある。一般に、持ち家であることは、生活諸側面および介護態勢の安定に寄与すると考えられるが、先にも指摘したように、とりわけ子ども家族と同居する老人の場合は、所有関係のあり方によっても状況は異なってくる。老人開発センターの調査によると、持ち家の場合の所有関係は、老人夫婦世帯の場合は、当然老人の名義が多いが、子ども家族との同居ケースでは、老人世代で夫婦

揃いの場合は老人名義が多く、一方のみの場合は子ども名義が多いとの指摘がなされている¹⁴⁾。また、これらの要因に加えて、子ども家族との同居ケースについては、同居の経緯、すなわち、老人の側からみると、子どもが未成年の時から同居し続けているのか、子の独立によりいったんは住まいを別にしたが、その後の事情の変化で呼び戻したのか、あるいは老人の側が子どもの住居に移り住んだのか、といった居住歴上の特徴についてもみる必要がある¹⁵⁾。

介護をおこなう中心的な場となる老人の居室については、老人の単独世帯および老夫婦のみの世帯を除き、専用の居室があるか否かがまず問題になる。都老研の調査によると、専用居室ありとするケースは8割にのぼり、その割合はかなり高い¹⁶⁾。しかし、専用居室の有無は老人の障害程度とは関連がなく、むしろ全体的な住宅条件によって左右される。したがって、専用居室もなく、老人の心身の状態も悪いとなると、老人にとっても家族にとっても、ストレスの源泉になりかねない。さらに、老人居室の広さや構造も、介護状態を規定する重要な要因である。また、その部屋が住宅全体のなかでどこに位置しているかを、実際の住まい方との関連でみる必要もある。たとえば、家族がもっとも頻繁に使用する居間などに隣接していれば、日常生活のなかで自然のうちに老人と他の家族との交流も生まれ、老人の精神的安定にも寄与しよう。

つぎに、設備面の工夫や配慮についてみていく。居室については、ベッドが利用されているか否か、ポータブルトイレなどの排泄介助のための介護機器が利用されているか、車椅子や歩行器などが室内で利用できるか、といった点が重要である。トイレについては和式を洋式に変えたり、手すりをつけたりといった工夫、足元を滑りにくくする配慮などが具体例としてあげられる。さらに痴呆性老人の場合は、火の元の安全や鍵の管理など、安全面の配慮も必要になってくる。いずれにしても、これらの設備面での配慮は、老人にとって快適な環境を整え、残存している心身能力の維持・向上をはかるうえにも、介護者の負担を軽減するため

にも重要である。しかし、都老研の調査によると、介護のための設備・用具を工夫しているケースは調査対象の3割弱と少なく、しかもその大半は、便座やベッド（普通のもの）に限られるという¹⁷⁾。介護機器がいまだ一般に普及していないという日本の実情に加えて、世帯の経済状態や日本家屋に特有な構造的な問題ともあわせて、さらに検討する必要がある。

2. 3 知識・技術の条件

要介護老人の在宅介護態勢の水準を決定づけるいま一つの要因として、介護にかんする知識・技術の条件をあげておきたい。この条件は、つぎに指摘するような背景事情のもとで、かつてにくらべいっそうその重要度を増してきた。

第1に、医療の全般的な水準向上のなかで、かつての時代ならば生命の維持すら危ういとされた老人についても、回復や延命が可能になり、しかもある程度状態が安定すると、在宅生活に戻ることできるようになった。その結果、在宅介護のなかでも、保健・医療あるいは看護的な対応を取り込まざるをえなくなってきた。

第2に、平均寿命の伸びにともなう後期高齢者の増加により、老年期痴呆の発生率が大幅に増大した。老年期痴呆症については、その原因や治療法がいまだ十分確立していないのみならず、老人の行動様式の特質や周りの人々の対応の仕方についても、一般に知識が普及しているとはいえない。したがって、介護する家族の戸惑いや負担感もいっそう大きなものとなりやすい。

第3に、保健・医療、福祉などの領域において、在宅介護を支える各種社会資源の利用可能性が大幅に拡大したことである。行政による社会サービスについてみると、こうした傾向は、社会資源それ自体のメニューの多様化と、利用資格における制限緩和によりもたらされた。さらに、シルバー・ビジネスや第3セクター方式による非営利事業など、サービス供給組織それ自体もいっそうの多様化をみせている。

いずれの観点からみても、かつての時代とくらべ、「素人の」家族が中心となって在宅介護をお

こなう場合も、専門的機関との連携のもとに正確な情報・知識をえて、それを日常の介護のなかに適切に取り入れていくことがますます必要とされてきた。しかし、社会福祉サービスの利用一つとっても、サービス供給側、および利用者側双方の様々な問題により、「連携」は必ずしもうまくいっているとはいえない。

利用者側についてみると、「福祉に頼るのは親不孝者」とか、「福祉は恵まれないかわいそうな人達のもの」といった福祉にたいする偏見・誤解はいまだ根強い。さらに、在宅サービス特有の「他人が家のなかに入り込む」ことにたいする抵抗感も払拭しきれていない。また行政側も、伝統的な老親扶養観から自由ではなく、同居家族がいれば福祉にたいするニーズはないはず、といった先入見により、せっかく緩和されつつあるサービス利用資格を運用面で狭めてしまう。松岡や岡本の調査知見によると、福祉サービスを積極的に利用したり、これについての関心の強い家族は、経験的に観察される介護状態が良くなかったり、仕方なしに介護を続けている場合が多いとの指摘もある¹⁸⁾。

このような現状にたいして、シャナスのいう「外部資源を活用することにより良き家族関係が維持される」¹⁹⁾といった新しい発想への転換を積極的にはかっていかなければならない。そして、知識や情報、技術の重要度が高まると介護にかかわる人々は、たんに介護労働を黙々とおこなっていればよいというのではなく、情報を収集し、老人と家族のおかれた諸条件に即して適切な資源利用をはかり、外部資源をも含めた全体の介護態勢をマネジメントしていく能力を身につけることが必要になってくる²⁰⁾。

3. 介護意識をとらえるための諸指標

これまでのところでは、家族の介護能力をとらえるための客観的諸要因についてみてきたが、ここでは、もう一つの指標領域である主観的諸要因、すなわち「介護意識」として一括されるものについて、検討する。ここでとりあげる様々な指標は、

1) 介護状況についての認知・意味づけ, 2) 介護についての欲求水準, 3) 介護にともなう負担感・ストレス, 4) 介護継続意志の四つに大別する。

いま一つ、考察の前提として考えておかなければならないのは、これら様々なレベルの意識の主体が誰かという点である。意識は、基本的には個人に属するものであるため、介護状況にかかわるそれぞれの個人の意識をとらえ、さらにそれら諸個人間の意識の一致やズレを問題にしなければならない。当然のことながら、これら諸主体の意識において一定のコンセンサスがあることが、介護態勢安定の一つの要件となり、ズレがあれば不安定化の契機となる。したがって、可能ならば関係者すべてについて状況把握することが望ましいが、以下ではとりあえず、介護態勢のかなめである主介護者を中心にみていく。

3. 1 状況についての認知・意味づけ

a. 状況についての認知

前項でも述べたように、要介護老人の心身の状態や介護の客観的諸条件などについての認識は、一般に、科学的・専門的知識や情報に裏付けられることにより、初めて介護態勢の安定に寄与する。たとえば、痴呆性老人の見当識障害や自損行為などの「異常行動」を、痴呆症に特有の行動とみて、一見「異常」にみえる行動の背後にあるその意味を読みとることができるか、あるいは、それを最初から理解不能なものともみたり、老人の介護者にたいする悪意に満ちた嫌がらせとみるかにより、介護者の精神的負担感や老人にたいする対応も、まったく異なったものとなる。

また、現在自分がおかれている状況を、なに(誰)との比較で評価するかによっても、認知のありようは変わってくる。中年女性が、同世代の、老人介護に縛られていない「自由な」友人と比較する場合、あるいは、妻の介護をする老年男性が、自ら介護を受けている同世代の男性と比較する場合、そうした介護者自身および比較対象の特質の違いが認知に及ぼす影響は、「相対的剝奪」の概念により適切に説明される²¹⁾。

以上のような状況についての認知を、過去一現在一未来の時間軸のなかに位置づけてみる視点も重要である。とりわけ、将来の介護にかんする見通しや展望が介護者にどのように認知されているかという点は、現在の意識をも強く規定する。一般に、将来の見通しについても、専門的知識に裏付けられた認知であることが現在の介護者の心理的安定につながるといえる。しかし現実には、今日一日のことを考えるのがせいっぱいといったケースもあり、また動かしがたい事実を知るより介護者自身の希望的観測や幻想に彩られた将来展望をもつほうが現実を受け入れやすいといったケースもあり、その影響は一概にはいえない。

b. 介護の意味づけ

介護役割を中心になって担っていることを介護者自身がどのように意味づけているか、そのありようは、認知一般のなかでもとりわけ個人の価値観やパーソナリティを色濃く反映する。同時にそれは、介護意欲を直接的に規定する重要な要因でもある。岡本は、主介護者の老人介護を続けてきた動機を検討し、「家族であるから当然」「家族としての義務だと思うから」「ほかに誰もやる人がいないので仕方なく」といったタイプ分けをおこなっている²²⁾。この岡本のタイプ分けを参考にしながらも、いま少し現実の多様な意味づけをとらえるうえで、手がかりとなる2点のポイントを指摘しておく²³⁾。

第1は、介護者本人が強く内面化した、あるいは周りの環境からの圧力として感じられている社会規範に規定された意味づけのあり方である。たとえば、「嫁として当然の義務」「最期まで親孝行するのは子としての務め」「長年連れ添ったつれあいは苦楽をともにすべき」といった表現のなかに、ある種の家族観にもとづく規範の内面化、あるいは周囲からの規範的圧力を読みとることができる。また、こうした規範が地域全体に根強く残っており、匿名性のない閉鎖的な社会では、「世間体があるから」といった意味づけもしばしばみられる。

第2は、交換理論の基本的な概念である、代償と報酬、互酬性といった観点から説明しうる意味

づけである。クーパーは、介護者にとっての代償と報酬は、一般的には前者が後者に優っており、きわめてアンバランスであることを指摘している。しかし、それにもかかわらず、多くの介護者がその役割を遂行し続けるという現実を、あえてこれらの概念で説明しようとする、互酬性の概念が有用になる。互酬性とは、二人、もしくはそれ以上の個人の間で代償と報酬のバランスがとれている状態を指すが、こうしたことば本来の意味での互酬性を「相互的な互酬性 (mutual reciprocity)」とし、もう一方で、一見バランスのとれていない状況を説明するために、「一般化された互酬性 (generalized reciprocity)」という概念を提起している²⁴⁾。後者のタイプの互酬性は、とりわけ世代間の援助関係を説明するさいに有用である。たとえば、「かつて自分を育ててくれた親の苦労や愛情に報いる」あるいは「将来自分が年老いて、子どもから受けるかもしれないケアを今のうちに親にたいしてしておく」といった、長い時間幅のなかで、そして必ずしも同一の個人間となりたつわけではない互酬性である。こうした一般化された互酬性にもとづく意味づけは、現在の状況のなかでの代償と報酬のアンバランスを意識しつつも、それを心理的なバランス状態に変容させるための対処戦略といえる。

3. 2 介護についての欲求水準

老人の介護状態がどのようなかについての評価をおこなおうとすると、しばしば経験されることがらは、評価主体によりその見方がまったく異なっているということである。たとえば、老人自身や介護をしている家族は現状をよしとし満足しているのに、訪問看護婦などの専門家の目から見るとまだまだ改善すべき問題がたくさんあるといったケース、あるいは、当事者間、たとえば介護者と老人のあいだで評価が食い違い、介護者自らはよくやっていると思っているのに老人は不満であるといったケースなども、けっして珍しくはない。こうした認識の違いをもたらす要因の一つは、各評価主体のもつ、介護についての欲求水準の違いである。

一般に、専門家の欲求水準は、まず、老人の心身状態について専門的評価をおこない、それに対応する「標準的な」「あるべき」介護状態を考える。したがってそれは、おうおうにして絶対規準からみた評価になりやすい。これにたいして介護をおこなう家族の場合は、老人と家族をとりまく現実的な諸条件を考慮して、その範囲で「可能な」水準を考える。あるいはまた、そうしたイメージを何ももたない、あるいはもてないといったケースもある。老人の立場からみると、その認識能力やパーソナリティによっても異なるが、一般には、老化にともなう自己中心性の強まりや、心身の衰えについての不安感・悲哀の感情から、理不尽な不満が生まれたり、また逆に、引け目の感情からくる過大評価が生じたりしやすい。

こうした立場の違いに加えて、老人の自立と依存のバランスをいかに考えるかという基本的な老年観も欲求水準に大きく影響する。心身の自立能力がしだいに失われ、依存性が高まっていく老人について、それをやむをえざること、自然の成りゆきとみるか、あるいは、自立能力を維持・強化しようとするか、大きくは二つの認識の仕方がある。一般に、日本の伝統的な老年観のもとでは、「自立」ということにあまり重きがおかれなため²⁵⁾、どちらかというところ前者の見方が優勢になる。したがって、身体機能の維持・向上を目的とするリハビリテーションも、無理に起こしたり動くことを強いるのは老人がかわいそうとみなされ、老人自身も現状に身を委ねるしかないというあきらめの気持ちが強くなりやすい。

3. 3 介護にともなう負担感・ストレス

老人の介護をおこなうにあたって、家族がどのような負担もしくはストレスを感じているかという点は、もっとも頻りに調査される項目の一つである。しかし、既存研究における「負担」「困難」「ストレス」といった鍵概念の定義は必ずしも明確ではなく、とりわけこれらの概念の客観的側面と主観的側面の混乱が、知見相互の比較を阻んでいる²⁶⁾。中谷らは、痴呆性老人の家族介護の負担にかんする既存研究を検討し、「負担」を「心

理的圧迫と社会・経済的困難」と規定したうえで、客観的負担を「第三者により判定されたもの」、主観的負担を「客観的な負担状況に対する介護者の主観的解釈」として区別している²⁷⁾。この中谷らの指摘をもとに、それぞれの側面についてもう少し検討を加えてみる。

まず客観的側面については、実際にはそのなかにさらに二つの要素が混在している。一つは、負担をもたらす原因となりやすい要因にかんするものである。たとえば、介護者の高齢や健康上の問題、副介護者の存否、要介護老人以外の世話を要する家族員の存否など、また、要介護老人側の要因としては、心身の障害程度や異常行動の有無などがあげられる。いま一つは、老人介護をおこなうことによりもたらされたと思われる負担の結果に注目するものである。たとえば、介護者の精神的抑鬱状態、自由時間や社会活動上の制約、家族関係の悪化などにかんする指標である。この両者は、長い時間幅のなかでは互いに因となり果となり、その区別があいまいになりがちだが、少なくとも概念上の区別は必要がある。とりわけ、本稿の中心的な提案である家族介護における客観的要因と主観的要因の区別という点から考えると、「原因」とみなされる要因のすべて、そして「結果」要因の一部についても、むしろ介護態勢を構成する客観的要因に含まれることになる。

したがって、ここでは、負担やストレスを問題にする場合は、中谷らのいう「主観的負担」あるいは「負担感」のみに限定して考える。この定義については、さきほども紹介したように、「客観的な負担状況に対する介護者の主観的解釈」とされているが、これについてもさらに検討の余地がある。まず、介護者による主観的評価の対象を「客観的な負担状況」のみに限定しているが、すでに意識要因としてとりあげた「状況についての認知」や「介護についての欲求水準」なども、負担感やストレスの重要な源泉である。また、客観的負担が、「第三者により測定可能なもの」であるとすると、主観的負担についても「第三者が重要であると認知した」「測定可能な要因」にかんする意識に初めから限定されてしまう²⁸⁾。しか

しこのテーマにかんする研究はいまだ探索的な段階であり、主観的な負担をもたらす要因についても、その測定用具の妥当性についても、必ずしも合意はえられていない。したがって、とりあえずは、「介護者によって主観的に感じられている精神的抑鬱・不安・不満などの心的状態」といった漠然とした定義の方が、より現実的だと思われる。

3. 4 介護継続意志

要介護老人の家族介護についての将来展望、とりわけ、在宅での介護を継続していこうとする意志が強固なものか否かを、ここでは「介護継続意志」として介護意識の一側面と考える。これは、介護過程の時間軸に沿ってみた場合、現状よりもむしろ将来に力点があるがゆえに、すでに述べた他の意識要因とは分析的には別次元のものともみなしたい。また経験的調査においても、介護継続意志は他の意識要因とは異なる特質を備えているとの指摘がある。

一例をあげると、都老研による痴呆性老人の家族介護にかんする調査研究において、坂田は、介護者の意識のなかで、介護の負担感と介護継続意志とは、それぞれ異なる要因により規定されていることをあきらかにしている。介護継続意志にとりわけ強い規定力をもつ、「介護者の健康状態」「介護者の年齢」「介護態度の積極性」「老人の身体状況」の4要因のうち、負担感にも影響を及ぼしているのは、「介護者の健康状態」のみで、それ以外の3要因は関連をもたない。またこの3要因は、介護者の年齢が高く、介護態度に積極性があるほど、そして老人の身体状態については、その機能レベルが低いほど、介護継続意志が強くなるという方向に作用する³⁰⁾。このうち、「介護者の年齢」と「老人の身体状況」については、常識的な予測を裏切る相関の仕方を示していることに留意したい。

したがって、介護継続意志は、意識要因全般のなかでも合理的説明がもっともむずかしい要因であり、客観的諸条件とは独立に意識要因をとらえることの必要を再認識させる項目であるともいえる。意識要因間の関連でいえば、「介護の欲求水

準」(坂田のいう「介護態度の積極性」とほぼ同義), および「介護の意味づけ」との関連を考えながら, 別個に調べる必要があるものと思われる。

4. 要介護老人の在宅介護についての分析枠組

前節までは, 要介護老人の在宅介護のあり方を規定する諸要因のうち, 介護態勢と介護意識について検討した。これらは在宅介護のもっとも中心的な要因ではあるが, 全体的な状況を理解するためには, さらにいくつかの要因群が必要となってくる。ここでは, その他の要因として, 1) 老人の心身の障害程度, 2) 家族システムの全体的特質, 3) サポート・ネットワーク, 4) 時間的要因, の四つをとりあげ, その概略を説明したうえで, それら諸要因を用いて要介護老人の在宅介護のあり方を理解するための分析枠組を提示する。

4. 1 老人の心身の障害程度

本稿では, 主として介護者の観点からの考察をすすめてきたために, 介護を受ける老人側については, 日常生活を送るうえで他者からの手助けや配慮を必要とするといった状態を, その質的な違いや程度のいかんを問わず「要介護」として一括してきた。しかし, そもそもかつては平常のパターンをなしていた家族生活のなかに「老人介護」という新しい課題が生じ, その課題遂行のために家族システム全体の変容を余儀なくされた原因は, いうまでもなく老人の心身の自立能力の低下である。ここでは障害程度の把握方法についての専門的・体系的議論をおこなう余裕はないので, 家族介護のあり方を考えるさいに考慮すべき二つのポイントを指摘するとどめる。

第1に, 老人の障害が身体的なものか, 精神的もしくは知的能力の低下に由来するものかの違いが重要である。高崎らは, 寝たきり老人との対比で痴呆老人における老人自身の健康障害, 家族関係, 外部援助の特質を論じ, 被害妄想などのボケ症状から老人と家族の関係が悪化しやすく, 介護者は肉体的負担に加えて精神的負担も大きい。し

かしこのことが身近な家族や親族からも十分に理解されず, したがって援助も受けにくい。さらに, 家族は外部に対しても閉鎖的になりやすく, 社会資源の未整備ともあいまって社会的なサービスも受けにくい, といった指摘をしている³¹⁾。もちろん, すべてのケースにこうした一般的特徴があてはまるわけではないが, 家族介護のあり方を考えていくうえで基本的な区別であることには変わりない。

第2は, 心身の障害程度を評価するために用いられる測定スケールにかんすることがらである。従来は, 身体的な障害についてはADLの評価スケールが, そして精神的な障害については, 痴呆症のための長谷川式スケールや, うつ症状についてのDSM-IIIなどがもっぱら用いられていた。しかし, これらのスケールのみでは, 実際の日常生活における老人の生活能力や, 家族による介護負担の大きさなどはとらえがたいという限界が指摘されている。一例をあげると, 屋内を歩く能力があるか否かということと, 日常的にそれをおこなっているかどうかは必ずしも一致するものではない。生活のなかでは, 老人の意欲や家族の対応, さらに住宅構造や介護機器などの環境要因も大きな影響を及ぼす。また, 痴呆症に多用される長谷川式スケールにかんしては, もっぱら知的能力の障害を調べることを目的とするものであり, 行動レベルの問題については別に調べる必要がある。このため最近では, 身体面・精神面いずれの障害についても, 実際の生活場面における具体的な行動に即して, 介護の必要度とかねあわせながら, 老人の障害を多面的にとらえていくためのさまざまなスケールの開発がおこなわれている³²⁾。

4. 2 家族システムの全体的状況

これまでの考察は, もっぱら, 家族集団における要介護老人の在宅介護について, そのあり方を規定する家族的要因の特質や諸要因間の関連をめぐって展開してきた。しかし, こうした議論には, 一つの落とし穴がある。それは, 家族生活の全体像がいまだとらえられていないという点である。老人介護はたしかに大きな家族的課題であり, それ

によって家族生活の諸側面は大きな影響をこうむっている。しかしまた、家族の日常生活はきわめて多様な要素により構成されており、老人介護はあくまでも“一つの課題”“一つの側面”に過ぎないことも事実である。カンターらは、従来の「家族病理」研究や家族の臨床的研究の特質に触れて、それらが「たとえ家族が深刻な分裂状態や機能不全に悩んでいようとも、彼らが自分たちの大部分の時間を、日常的な出来ごとに費やしているという明かな事実を見のがしている」と指摘し、すべての家族が直面している、より日常的で基本的な諸過程への注意を喚起している³³⁾。ここではカンターらの問題提起にしたがって、ひとまず「老人介護」という課題を離れ、家族システムの一般的特質をとらえるためのいくつかのポイントを指摘し、そのうえで、全体システムと老人介護という特定の課題との関連について考える。

まず、家族システムの一般的特質を分析的にとらえるために、構造的側面と相互作用の側面とに分けて考える。構造的な側面については、世帯員数、世帯構成、ライフサイクルといった基本的な属性をおさえておくことは不可欠である。ただし、欧米のように夫婦家族制を前提としない日本の現状においては、こうした基本属性をとらえることすら技術的な困難を感じるものがしばしばある。たとえば、一つ屋根の下に同居していても生活分離度のかなり高い親夫婦と子ども家族があるかと思えば、隣接した別住居に分かれながらほとんど一体となって生活している親子もいる。こうしたケースレベルの多様な生活実態をどのような基準でとらえて「世帯」の認定をおこなうかといった方法論的な問題がそこから提起される。

家族の人間関係上の特質を規定する相互作用的な側面については、役割、勢力、情緒という三つの基本的な要素がまずあげられる。さらに、システム全体の特性についてより総合的に評価するための概念装置も必要である。たとえば、オルソンの提起した円環モデルを構成する適応性 (adaptability) と凝集性 (cohesion)³⁴⁾、ボスのいう家族境界のあいまいさ (ambiguity of family boundary)³⁵⁾ といった概念が応用できよう。ここ

ではそれぞれの要因について詳しく論じる余裕はないので、これらを実証のベースに下ろすには、構造的側面について指摘したと同様の方法論的な問題が残されていることについてのみ注意を喚起しておきたい。

以上のような家族システム一般をとらえるための諸概念を基礎におきながら、家族システムと介護態勢・介護意識との関連をみるにあたって重要と思われる着目点のいくつかをあげておく。

第1は、「老人介護」と他の生活課題との関連である。たとえば、子どもの進学問題やマイホーム取得の夢、さらに中年期主婦の家計補助のための再就職など、各家族のライフサイクルやライフスタイルとの関連で生じる特有の生活課題は、しばしば老人介護とのあいだで両立困難の状況を呈する。したがって、これらの諸課題間の優先順位の序列づけを、家族員間のコンセンサスをえながら再規定するという課題も新たに生じることになる。

第2は、この家族集団レベルの生活課題間の葛藤を成員個人の立場にたってみたものともいえるが、老人介護の役割と他の家族役割との葛藤が問題となる。その代表的なものとして、いわゆるサンドイッチ世代と呼ばれる中年世代における上世代と下世代のそれぞれからの忠誠や献身の要請における葛藤があげられる³⁶⁾。また最近では、伝統的に介護労働を中心的に担ってきた女性の自我意識、自立意識の強まりとともに、そうした個人意識と介護役割との葛藤も問題になっている。

第3に、家族システム全体の勢力構造のあり方と、「老人介護」という特定の課題を遂行するうえでの意思決定やリーダーシップのあり方との関連が問題になる。当然のことながら、システム全体についてみた場合の勢力の強さと、老人介護に限定した場合のそれは、必ずしも一致しない。さらに老人介護に限ってみても、役割遂行のレベルと、意思決定のレベルとではキーパーソンが異なることもある。アーチボールドは、老人に対する家族ケアを、ケア提供 (care provision) とケア管理 (care management) の二つの側面に分けてとらえている³⁷⁾。彼女の提案にもとづき、ケア

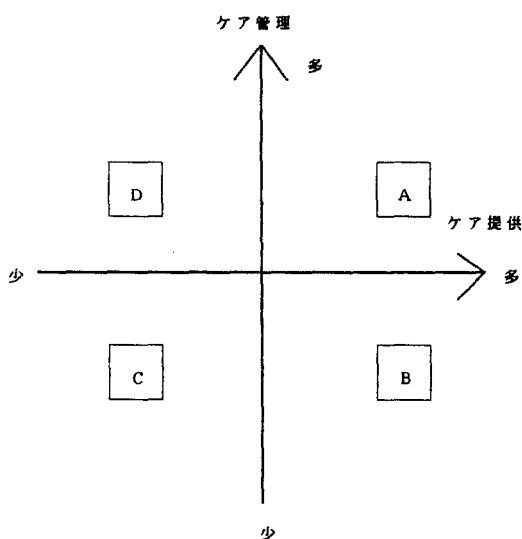


図2 ケアの二つの要素

の提供と管理の2軸によって介護者のあり方を整理してみると、図2に示した四つのタイプが考えられる。このうち、もっとも一般的なのはAタイプ、すなわちケアの提供も管理も一手に引き受けている場合である。しかしBとDの組合せ、たとえばケア提供はもっぱら要介護老人の妻だが、管理は同居の長男であるといったケースも考えられる。このようにケアの提供者と管理者が一致しない場合は、介護態勢や介護意識の安定性といった観点からみると、問題を含むケースも少なくない。そうした問題性の原因は、家族システム全体の勢力のハイアラーキーとの関連で理解する必要がある³⁸⁾。

最後に、老人と主介護者、老人とその他の家族員、さらに主介護者とその他の家族員、といった家族を構成するさまざまなダイアド間における情緒的な関係のあり方が問われなければならない。多くの実証研究において、家族関係全般に問題がないこと、とりわけ老人と主介護者の関係が良好で、主介護者にたいして他の家族員が支持的なサポートをおこなっているときは、介護の状態もよく態勢が安定しやすいとの知見が確認されている³⁹⁾。ただし、この情緒的な関係については、それをどのように定義し、どのような尺度を用いて測定するかといった方法論的な面については、

まだまだ解決されるべき課題が多く残されている。

以上のような諸点に留意しながら、介護態勢・介護意識を家族システムのなかに位置づける。そのさい、観察された家族システムの特性が、要介護老人の存在とは関わりなくもともとあったものか、それとも老人介護とのかかわりで新たに生じたのか、という時間的前後関係を確認する必要がある。これは、一時点的な横断調査においてはとらえがたく、のちに述べる時間的要因についての配慮の必要性を示唆している。

4.3 サポート・ネットワーク

社会変動にともなう家族の変化、とりわけ、核家族化、世帯規模の縮小、有配偶女性の雇用労働者化、家族意識の変化などの動きのなかで、要介護老人の在宅介護は、しだいに家族集団内では完結しがたくなりつつある。近年、福祉、保健・医療、看護などの領域において、サポート・ネットワーク、ソーシャル・サポートといった概念への関心が高まっているが⁴⁰⁾、その背景をなす1要因に、家族による老幼弱者にたいする扶養機能の弱化についての現状認識と危機感がある。

しかし、このようなサポート論の隆盛のわりには、この概念についての共通理解は十分なものではなく、操作化の手続きや測定法についてもコンセンサスはえられていない。したがってここでは、以下の議論をすすめるうえで、最低限必要な用語の意味の限定づけをおこなっておく。

まず、サポートを受ける主体については、家族集団全体と家族成員個人の両方を含めて考える。ある成員にたいするサポートが、集団全体や他の個人にたいして逆機能的な結果をもたらす場合もありうるが、特定個人について機能的であるか否かを基本的な判断基準とする。サポート提供主体については、これまでのサポート論において、大きくは二つの見方がある。一つはフォーマルではなく「インフォーマル」、専門家ではなく「素人」といった、特定の性格をもつ主体に限定する考え方であり、いま一つはそうした限定づけをおこなわず、すべてを一括してとらえる考え方である。ここではサポートの受け手を中心においた考察を

おこなうため、後者の立場にたつて、フォーマル-インフォーマル、専門家-素人のすべてを一括してとらえる。また、サポートの内容については、実体的なもの、関係調整的なもの、情緒的なものの3種に分ける⁴¹⁾。実体的なものとは、金品の援助、サービス提供、情報・知識の提供などの有形の援助を意味する。関係調整的なものは、家族集団内外の人間関係の調整や仲介をするような援助をさす。また、情緒的なものとは、話相手になつたり相談にのつたり、手紙・電話などでコンタクトをもつことにより、孤独感の解消や情緒的安定に寄与するような援助を意味する。

このようにサポートの内容や、その受け手・送り手を幅広くとらえたうえで、要介護老人の在宅介護にたいするサポートのあり方を考えていく。そのさい、リトウォックによる、第1次集団と公的組織の「機能分有論」、および「課題と集団構造のマッチングの原理」が参考になる⁴²⁾。リトウォックは、何らかの援助を必要としている老人にたいするサービス提供主体のあり方を考えるために、まず、家族に代表される第1次集団と福祉

サービス提供機関に代表される公的組織とは、同一目標のもとに、それぞれが有効性を発揮しうる独自の領域で援助をおこないつつ相互に連携や協力をしうるという、第1次集団と公的組織の「機能分有論」を主張する⁴³⁾。たとえば、独居老人の安寧を考えると、ホームヘルパーや訪問看護婦などの専門家の果たす役割は大きい、それだけで生活の安定や情緒的満足がえられるわけではない。とりわけ、情緒的な問題は、専門家よりも別居の子供や親族、隣人や友人などとの接触の方がいっそう大きな意味をもつ。また、日常的な安否の確認やちょっとした身の回りの世話なども、すべてを専門家によってカバーすることは人的・経済的資源の制約からいって不可能である。したがって、独居老人の安寧の確保という一つの目標のもとに、専門家と一般の人々がそれぞれ有効に機能しうる役割を受け持って相補いあう必要がある。

「機能分有論」の基本的発想では、サービス提供主体を大きく第1次集団と公的組織に二分してとらえるが、遂行される課題の内容をさらに細分

表1 第一次集団における構造的分化

集団との課題の次元	第一次集団の典型的タイプ				公的組織
	夫婦関係	修正拡大家族	友人	近隣関係	
対面的接触	Highest	Low	Low	High	Low
長期的かかわり	High	Highest	Moderate	Low	Lowest
集団規模	Smallest	Large	Large	Large	Very large
情緒性	High	High	High	Moderate	Lowest
集団維持の義務性	High	Highest	Moderate	Low	Lowest
ライフスタイルの共通性	High	Low	High	Moderate	Lowest
仲間的な紐帯	High	High	Highest	High	Low
成員の資格性	High	High	High	High	Low
役割分業	Low	Low	Low	Low	High
各グループの集団特性に適合的な課題の例示					
	日常的な買物、調理、洗濯等の家事	短期間の介護、情緒的援助	余暇活動の仲間、相談・助言	緊急時の通報やちょっとしたものの借用	専門的ケア、集中的な終身ケア

化していくと、とりわけ第1次集団については、より細かな集団分類が必要になってくる。リトウォックは、夫婦関係、修正拡大家族、友人、近隣という代表的な第1次集団について、それぞれの集団構造特性を検討し、その特性に適合的な課題の特質を整理している⁴⁴⁾。これが、「課題と集団構造のマッチングの原理」と呼ばれるものであり、一覧表のかたちで整理したものを表1として示しておいた。こうした整理によって、老人の生活や情緒的な安定について、実際に機能しているサポートの評価をしたり、また不充足の部分がある場合はどのネットワークで代替しうるかといったことを考える手がかりが与えられる。

4. 4 時間的要因

伊藤は、在宅慢性病患者にたいする福祉的援助について考察するなかで、患者やその家族が直面する課題を援助者が把握するうえで、生活そのものの理解が前提になるとする。そして、きわめて多面的な要素から成り立つ生活を分析的にとらえるために、一番ヶ瀬の生活学の発想を援用しながら、「生活時間」と「生活史」の二つの概念の有用性を強調する⁴⁵⁾。この二つの概念は、いずれも「時間」にかかわるものであるが、前者は一日という短期的な時間幅のなかで繰り返されるパターンであり、後者は、より長期にわたる時間幅のなかでの、全体状況の変化の趨勢をとらえようとするものである。このうち、生活時間についてはすでに介護の役割分担に関連して若干の指摘をおこなったので、ここでは、生活史の視点についてのみ取り上げる。

伊藤は、この研究のなかで、慢性病患者の生活史について、つぎの4点の特質を指摘している。①慢性疾患であるという特性ゆえに、その療養期間は長期にわたり、それにともなって生活障害も長期に及ぶ。②生活障害は、患者のみにかかわるものでなく、家族生活全体にさまざまなかたちで波及していく。③生活障害は、患者の病状の変化に応じて、その様相を変えていく。④家族は、役割の変更・代替・再編成などをおこなうことで生活障害の軽減を試みている⁴⁶⁾。

これらの特質は、すでに紹介した家族ストレス論の基本的発想に対照させてみると理解しやすい。まず、②の、一成員の慢性疾患という問題が家族集団全体に波及するという指摘は、家族ストレス論の理論的基礎をなす、システム論の基本的前提の一つと考えられる。①と③は、ストレス要因(A要因)の特質と、それがもたらす危機(X要因)の状況にかんする指摘である。家族員の慢性疾患という簡単には解決しがたいストレス要因により、一般に、家族生活はさまざまな局面において問題を生じ(ストレス要因のpile up)、危機の状況もより深刻なものとなりやすい。そしてこの危機の程度を左右する基本的要因の一つは、患者の病状の変化である。しかしもう一方で、患者の病状のみで危機の様相や程度が全面的に規定されてしまうわけではない。④でいうように家族がこのストレス要因にたいしていかに対処(coping)⁴⁷⁾するかによっても異なってくる。「対処」は、ここで指摘されているような家族内の役割調整のみを意味するわけではなく、家族内外の資源(B要因)を活用したり、認知レベル(C要因)で状況の意味づけや欲求水準に変更を加えたりすることも、そのなかを含めて考えられる。

時間的要因を在宅介護の分析枠組に取り込むにあたっては、「時間」のもつ複雑な意味合いに留意しなければならない。とりわけ、老人が要介護状態になって以降の時間的経過は、介護態勢や介護意識にプラスにもマイナスにも作用する。一方では、期間が長期におよぶことにより、その間に老人の心身状態が悪化したり、介護者の疲労が蓄積したりする。しかしもう一方で、最初のうちは試行錯誤だった老人介護およびその他の問題への対処の仕方に、一定の安定したパターンが成立する可能性もある。したがって、各ケースが在宅介護過程のどこに位置しているか、そしてプラス・マイナス両方向への牽引力のどちらがより大きいのか、といった点を見きわめる必要がある。

4. 5 分析枠組の提示

以上、要介護老人の在宅介護のあり方を規定する諸要因について検討してきたが、ここでこれら

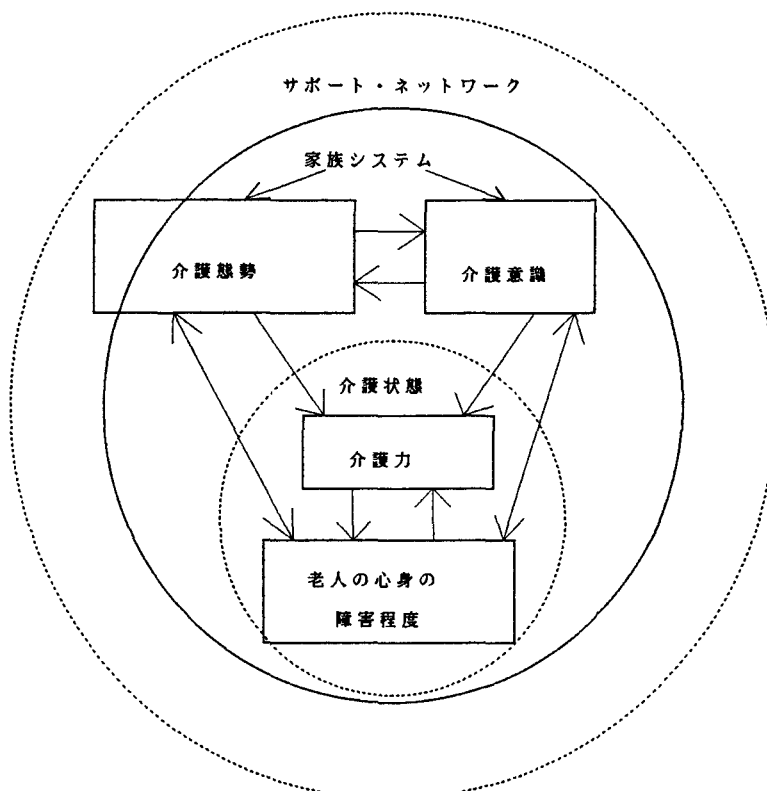


図3 要介護老人の家族介護にかんする分析枠組

諸要因を相互の影響関係も考慮して、一つの図にまとめて示す。

図3について、簡単に説明しておく。まず、老人の介護状態を直接的に規定する二つの要因として、「老人の心身の障害程度」と家族の「介護力」をおく。このうち介護力については、介護の客観的側面である「介護態勢」と主観的側面である「介護意識」により規定されているものとする。これら2要因は、分析的には別次元のものであるが、現実には相互に規定しあっている。またこれらは、「介護力」を通して老人に働きかけるばかりでなく、「老人の心身の障害程度」とも直接に関連している。さらに、いまあげたすべての要因の背景をなすものとして、「家族システムの全体的状況」が位置づけられる。そして、こうした家族システム全体を「サポート・ネットワーク」が包み込んでいる。「介護態勢」については、必ずしも家族集団内部で完結しているわけではなく、

家族外のサポートに、その一部を依存していることも多い。なお「時間的要因」については、このような構造的性質をあらわす図の上には示しがたいため、含まれていない。

5. 分析枠組のケースへの適用

本節では、在宅介護にかんする分析枠組を具体的なケースに適用し、ケースからの聴取り調査の内容を整理してみる。ここで紹介するケースは、東京都下のA市における訪問看護サービスの利用者であり、介護を受ける老人、主介護者（長女）、その他関係者および世帯の状況は、図4に示してある。以下では、主介護者（インフォーマント）の立場から、ケースの概要を紹介する。

5.1 ケースの概要

現在81歳になる母は、10年ほど前からボケ症状

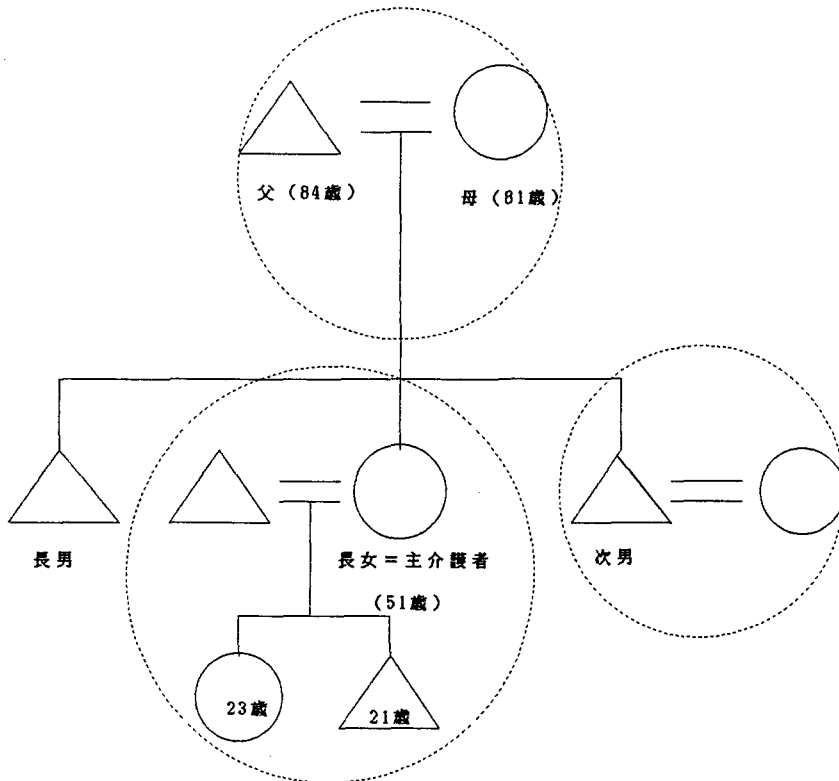


図4 在宅介護ケースの世帯の概況

が始め、4年後には病院で脳萎縮性の痴呆症との診断を受ける。若い頃は女学校の教員を務め、老年期に入っても趣味や家事はもちろん、車の運転をしたり、弟子をとってお茶を教えたり、人一倍元気のいいおばあちゃんだっただけに、その変貌ぶりに家族のものも信じられない思いだった。ボケ症状が出始めて、最初の5年間はまだ動ける状態だったので、徘徊や屋内での失禁などが頻繁で、家族の介護はいちばん大変な時期だった。しかし、その後は体の機能もしだいに落ち、排泄や食事などすべてについて手助けを要するようになり、体の拘縮も進んで完全に寝たきりの状態になった。また、発語もなくなり、こちらからの問いかけにもほとんど反応せず、コミュニケーションをとることがむずかしくなった。ただし現在は、体の状態は安定しており、ときたま風邪をひく程度である。

本ケースは、図4にもあるとおり、母親と父親

のみからなる老人夫婦世帯である。ただし、本人（長女）家族と弟（次男）家族が同一敷地内の別棟に住んでおり、この3世帯のなかで緊密な協力態勢がくまれている。父親は、84歳と高齢で、変形性脊椎症のため日常生活動作に多少の不自由はあるが、自分の身の回りのことはたいてい一人でできる。そして母にたいしても、食事介助程度の世話はしている。何より、つねに母の身近にいたので、子どもたちが誰も付き添えないときもいちおう安心していられる。

弟の妻は栄養士の資格をもっており、食事づくりと食事介助の役割をもっぱら引き受けている。ただし、椎間板ヘルニアの持病があるため、力仕事はむずかしい。弟は、土・日の休日を利用して、食事介助や離床、オムツ交換などの手助けをしてくれる。また兄は、隣接する市に住んでいる。妻がすでに亡くなっているため日常的な手助けはむずかしいが、月1回ぐらいは休みの日に訪れ、入

浴や食事介助など、その日は全面的に世話をしてくれる。さらに、職業が内科医であるため、日常的に服用する薬はたいいてい処方してもらえし、体の状態に変化があったときなど、電話ですぐに相談できるので心強い。

そして介護役割の中心的な位置にいるのが、本人である。結婚してしばらくは両親と別居していたが、病院や幼稚園で非常勤の心理相談員として働きながら二人の子どもを育てていたので、母親に子育ての援助を期待して、20年ほど前に両親の宅地に別棟を建てて移り住んだ。母親にボケ症状が出始めて以降は仕事の量を徐々に減らしてきたが、現在も週2回は勤務を続けている。介護内容は、離床、着替え、洗顔、オムツ交換、車椅子に乗せての食堂への移動、食事介助、洗濯、買物など多岐にわたる。また、自分自身の家族の世話や家事もあるため、自分の家と親の家のあいだを1日に50回も往復しているような気分になるほど多忙である。健康状態は、10年ほど前から高血圧症で薬を常用しており、介護労働にともない腰や肩の痛みはつねにあるが、全般的には良好である。

母の症状がただの老化ではなく進行性のボケであることがわかってから、父母の住宅には大幅に手を入れた。まず、火の元の安全を考えて、台所や風呂への給湯は、すべて電気温水器とし、調理についても電磁調理器に変えた。暖房は、安全器付きのガス暖房とし、各部屋には火災報知器をつけた。また、寝室から食堂への移動に車椅子を利用できるように部屋のあいだの引戸を取り払い、トイレや浴室には手すりをつけた。介護機器についても、福祉課を通してギャッジベッド、エアパッド、車椅子、シャワー椅子、歩行器（父親用）などの給貸与を受けている。

福祉サービスについては、それ以外でも、利用しうるものはなんでも取り入れようという非常に積極的な態度である。そもそも福祉との最初のコンタクトができたのは、母にボケ症状がでる以前に父が変形性脊椎症で体が不自由になり、訪問看護婦の勧めで身障センターのリハビリに通っていたころである。ただし、母がボケ始めて最初の何年かは、母の介護については福祉を利用せず、家

族で問題を抱え込もうとしていた。体の障害についてはまだしも、ボケの問題については介護者自身が偏見にとらわれており、公にすることにためらいを感じていたためである。しかし、5年ほどたつて、訪問看護婦が定期的に訪れるようになり、その人を通じてさまざまなサービスを知り、いまでは福祉ぬきには在宅介護は考えられないほどである。利用しているサービスは、家事援助、入浴サービス、ショートステイ、日常生活用具の給貸与、貸しオムツ、臥床手当などである。サービスの導入にあたっては、まず訪問看護婦と相談し、本人と父親が話し合っ決めていく。父親も、娘の介護負担をできるだけ少なくしてやりたいとの配慮から、サービス利用についてはとても理解がある。本ケースは、行政手続き上「老人夫婦世帯」とみなされているので、利用できるサービスの範囲も広く、費用負担もほとんどないという恵まれた条件にある。

本人はこの10年間、母親の介護を中心になって担ってきて、施設入所の可能性については考えたことがないという。こうした強い介護意欲を支える条件になっているのは、まず母親の人柄への愛着・尊敬の念と、かつて自分自身の子育てについて手助けしてもらったのでその恩返しをしたいという気持ちである。しかし、このような経験をへてきた本人も、自分自身の老後については、できる限り「在宅」での生活を望むものの、その負担の担い手を家族には期待していない。とりわけ娘にたいしては、一生職業を続け経済的に自立する生き方を望んでいる。こうした娘にたいする期待のなかに、職業をとおしての自己実現と介護役割との葛藤に悩んできた、本人の人生の足跡が象徴されているように思われる。

5. 2 ケースの検討

このケースについて、とくに、「介護態勢」の人的条件と「介護意識」の特質、そしてこの両者の関連にしばって考察する。

まず介護態勢の人的条件については、主介護者である長女、介護補助者である次男夫婦、そして父親の4人が中心的な存在である。これらの人々

に加えて、長男も重要な介護補助者であるが、必ずしも日常的な介護にかかわっているわけではないため、ここではむしろサポート・ネットワークの一員とみなす。長女や次男夫婦も、要介護老人と同一世帯をなしているわけではなく、家族生活全般についても分離度が高いが、「介護」という一側面に限っていえば緊密な連携がなされている。

4人のあいだでの介護役割の分担についてみると、まず父親は、明示的な介護行動としては、人手がないときに食事介助をすることに限られる。しかし、つねに母親の身近にいて、その様子を見守り、心身状態についてのわずかな変化も見逃さないという点で、介護の重要な一項目である「見守り」の中心的な担い手といえる。長女にたいするいたわりの気持ちを忘れないことも、介護者の精神的安定に寄与している。また家族・親族間でも一目おかれているので、福祉サービスの利用についても、実際には長女の考えであっても、父親自らが言い出すことでその決定が権威づけられ、親族間の対立を抑制する効果もある。いわばシンボリカルな意味での介護態勢のななめであり、介護態勢のマネジメントについても陰の立て役者である。

次男の妻は、ほとんど毎日、3度の食事づくりおよびその材料の買物、そして、週日の夕食と週末の3食についての食事介助を引き受けている。食事内容も、母親の機能が落ちてきたため、きざみ食でなければうけつけず、家族のものとは別に用意する必要がある。こうした点からいって、その介護負担はかなり大きい。しかし、椎間板ヘルニアの持病により、それ以外の介護や家事にはタッチしていないため、長女の負担が多岐にわたるのとは対照的に、役割はきわめて限定されている。そのこととも関連して、介護態勢全体のマネジメントや重要な意思決定には関与していない。したがって介護の「責任」という点では、必ずしも大きくはない。次男自身も、週日は仕事のため介護にはほとんど関与できないし、妻の貢献も姉にくらべれば小さいということもあって、マネジメントについての影響力はあまりない。

長女は、介護役割の提供者としても、管理者と

しても、もっとも中心的な位置にいる。介護役割の分担が上記のようなパターンをなした経緯について、長女自身は「きょうだいそれぞれの状況を考えるとこういうかたちしかありえない」ということで自然に決まっていたとのことだが、やはりそこには、長女自身の考えが色濃く反映されている。問題を一人で背負い込むのではなく、きょうだい間で無理のない程度に負担を分かちもち、福祉サービスの利用についてもこだわりのないことなどが、こうした介護態勢を維持する基盤をなしている。福祉サービスの利用については、長女がサスマンのいう「媒介者」としての役割⁴⁸⁾を果たしており、サービスの側の窓口的な役割をうけもつ訪問看護婦とのあいだの人的な信頼関係にもとづいて、家族介護と福祉サービスとの緊密な連携がなされている。

また、介護意識については、長女の述懐にもあるように、「何でもできる元気のいいおばあちゃん」に対する愛着や尊敬、そして「かつて子育てを手助けしてくれたことにたいする感謝の念」などが、その支えとなっている。これは、介護についての本人の意味づけであり、クーパーのいう「一般化された互酬性」の概念により適切に説明しうる。また、介護状況や母親の病状に対する認識も、感情に流されずに冷静に現実を見据えている。とりわけ、介護補助者の弟夫婦や兄の生活の諸事情に即した役割分担を考えている姿勢が、客観的諸条件の安定につながっている。

介護の欲求水準の側面では、老人性痴呆についての基本的な理解のために、専門書を買って自ら勉強しようとするほどの意欲がある。また、一つ一つの介護行動についても経験と専門的知識に裏付けられた配慮がなされている。たとえば、現在、母親はほとんど寝たきりではあるが、そのままにしているはいっそう機能低下がすすむと、1日3回の食事時にはベッドから起こし、車椅子にのせて食堂まで連れていって座った姿勢で食べさせる。また、排泄については、基本的には全面オムツだが、就寝前に1回はポータブル・トイレに座らせている。ともすると在宅介護は、介護者中心のやり方になり、「寝かせきり」という易きにつく方

向にながれやすいが、あくまでも老人中心に考えていこうとする姿勢に、欲求水準の高さが示されている。

最後に、介護の負担感・ストレスについてみると、もちろんこのケースについてもきわめて大きなものがある。しかし、介護者は自らそれを意識的にコントロールするすべも心得ている。たとえば、週2回に減らしたとはいえ仕事を続け、「介護」から完全に離れる時間をもっている⁴⁹⁾。また、きょうだい間の介護の役割分担を決め、全面的に責任を背負い込まずにすむような工夫をしている。さらに、週2回のヘルパー、年3回ぐらいのショートステイといった福祉サービスの利用による負担軽減にも積極的である。こうした負担の分散と気持ちの切り替えにより、ストレスはかなり抑制されているものと思われる。そして、さきに指摘した母親にたいする愛情や感謝の念にもとづく介護についての意味づけともあいまって、本人の強い介護継続意志が支えられているのである。

本ケースは、介護態勢の物理的・人的諸条件に恵まれ、さらにA市の豊富な社会資源により支えられてきた、きわめて理想的なケースである。しかし、これらの客観的諸条件のみならず、介護力のもう一つの側面である主観的諸条件のもつ意味も忘れてはならない。在宅介護の客観的要因と主観的要因とが、車の両輪としてうまくかみ合っていることが、全体として高い介護力を実現しえた最大の要因と思われる。

注

- 1) 東京都老人総合研究所 (1977, 1980)
- 2) 横浜市 (1985: 63) は、在宅介護の継続か、入院・入所にいたるかを分ける要因として、老人側および家族側の客観的諸条件は必ずしも決定的な影響力はもたないと指摘し、家族の内面的な条件の重要性に注意を喚起している。
- 3) 家族ストレス論の概要については、つぎのような文献を参照のこと。石原 (1982, 1985), 藤崎 (1985)
- 4) Hill (1958: 143) をもとに作成した。
- 5) 全国社会福祉協議会 (1987), 東京都老人総合研究

所 (1977, 1980, 1983), 東京都福祉局 (1985) など

- 6) 佐藤 (1989: 11-13)。たとえば、老人との続き柄の点では有配偶の息子や娘、そして孫などが多いこと。したがって年齢的には主介護者にくらべて若く、健康状態も良好で、有職者も多いといった特徴が指摘されている。なお、この調査では「副介護者」に加えて「別居の援助者」についても別だての項目でとらえ、これに「主介護者」を含めて全体の人員配置を「介護ネットワーク」としてタイプ化している。
- 7) Stone (1987: 620-622)
- 8) 中谷・東條 (1989: 33)
- 9) もちろん、主介護者と家事担当者は、つねに同一人物であるとは限らない。しかし、都老研の調査によると、この両者はほとんどの場合重複するとの指摘がなされている。東京都老人総合研究所 (1983: 72)
- 10) 老人福祉開発センター (1987: 133-153)
- 11) 前掲書 (76-81)
- 12) 前掲書 (125-132)
- 13) 前掲書 (91)
- 14) 前掲書 (30)
- 15) 前掲書 (29-30)
- 16) 東京都老人総合研究所 (1977: 62)
- 17) 前掲書 (107-108)
- 18) 松岡 (1985: 77-81) は、在宅寝たきり老人の家族介護の状態を資源活用との関連で検討し、適応的な家族は家族・親族資源が豊富で、不適応な家族はこれが乏しいために社会的な資源への依存度が高くなっていること、しかし社会資源が活用されても、必ずしも適応状態の改善に結びついていないことなどを指摘している。また岡本 (1986: 69-71) は、「仕方なし」という意識で介護している家族ほど、福祉サービスへの関心が強いという傾向を述べている。
- 19) Shanas (1979: 3)
- 20) Archbould (1986 b: 85-86)
- 21) Couper (1989: 16)
- 22) 岡本 (1986: 67-68)
- 23) 筆者が1988年から89年にかけておこなったケー

ス・スタディ, および今回都市研究センターのプロジェクトに参加しておこなったケーススタディの聴き取り内容なども参考にした。

- 24) Couper (1989: 16-17)
- 25) 副田 (1978: 9-12)
- 26) 中谷・東條 (1989: 27-29)
- 27) 前掲論文 (1989: 30)
- 28) ただし, 中谷らが実際に用いている負担感スケールの構成項目は, 必ずしも客観的負担の要因にたいする主観的評価のみからなっているわけではなく, むしろ一般的な疲労感や不安にかんする項目が中心をなす。
- 29) 中谷・東條 (1989: 32-33)
- 30) 坂田 (1989: 39-41)
- 31) 高崎・野川 (1988: 161-162)
- 32) 古谷野 (1987), 冷水 (1989), 小澤 (1989) などを参照。
- 33) カンター & レアー (1988: 7)
- 34) Olson (1979: 17)
- 35) Boss (1984)
- 36) Couper (1989: 10-11)
- 37) Archbold (1986 b: 85-86)
- 38) 高橋 (1989) は, ショートステイ利用にあたって, その決定が主介護者ではない家族成員によっておこなわれた場合に主介護者とのあいだに情緒的な問題が生じやすいと指摘している。
- 39) 菊池 他 (1987: 47)
- 40) 最近の内外におけるサポート研究の動向を知るうえで, つぎのような雑誌の特集号が参考になる。『社会福祉研究』No.42 (1986), 『看護研究』Vol.20 No. 2, 3, 4. (1987)
- 41) サポート内容の分類についての考察は, 稲葉 (1987) などを参照。
- 42) Litwak (1985: 6-30)。なお, 藤崎 (1982) でも, 彼の論の概要を紹介している。
- 43) ibid. (31-53)
- 44) ibid. (36-39)
- 45) 伊藤 (1988: 203)
- 46) 前掲論文 (208-211)
- 47) McCubbin (1983: 90-101), 藤崎 (1985 b)
- 48) Sussman (1976: 221)
- 49) 中谷・東條 (1989: 33) では, 介護者の負担感において, 常勤的職業をもつものの方がむしろ小さいということをあきらかにしている。

文 献 一 覧

足立紀子

1989 「老人の在宅ケアに関する評価」『保健婦雑誌』45: 5, pp18-24.

Archbold, P.

1986 a 「家族のケア提供—理論と研究の接点—」『看護研究』19: 1, pp65-80.

1986 b 「家族のケア提供と帰納的研究法」『看護研究』19: 1, pp81-104.

1986 c 「帰納的研究と演繹的研究の交差点—家族のケア提供に焦点を当てて—」『看護研究』19: 1, pp105-116.

Boss, P. and Greenberg J.

1984 "Family Boundary Ambiguity: A New Variable in Family Stress Theory" Family Process 23: 4

Couper, D.P.

1989 "Aging and Our Families: Leader's Guide to Caregiver Programs: Human Sciences Press, Inc.

藤崎宏子

1982 「老人扶養における家族, 親族ネットワークと社会福祉サービスの機能分有」『人文学報』No.157, pp57-82.

1985 a 「家族ストレス論の新たな展開—マッカバンの場合—」森岡清美・青井和夫 (編) 『ライフコースと世代』垣内出版, pp238-270.

1985 b 「対処概念にかんする理論上・実証上の諸問題」石原邦雄 (編) 『家族生活とストレス』垣内出版, pp363-387.

Hill, R.

1958 "Generic Features of Families under Stress" Social Casework 39: 2・3, pp139-150.

稲葉昭英 他

1987 「ソーシャル・サポート研究の現状と課題」『哲学』No.85, pp109-149.

石原邦雄

- 1982 「家族ストレス論—社会学からのアプローチ—」加藤清明他（編）『講座家族精神医学』第4巻 弘文堂, pp343-371.
- 1985 「家族研究とストレスの見方」石原邦雄（編）『家族生活とストレス』垣内出版, pp11-56.
- 伊藤淑子
1988 「在宅ケアにおける福祉課題」島内節・川村佐和子（編）『在宅ケア—基礎づくりと発展への方法論—』（増訂版）文光堂, pp203-231.
- カンター, D. & レアー, W.
1988 『家族の内側—家族システム論入門』垣内出版.
- 菊池令子 他
1987 「要介護老人の退院援助における家族理解」『日本看護協会調査研究報告』No.20, pp 1-59.
- 古谷野亘 他
1987 「地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発—」『日本公衆衛生雑誌』34: 3, pp109-114.
- Litwak, E.
1985 *Helping the Elderly: The Guilford Press*
- 松岡英子
1985 「寝たきり老人を抱える家族のストレスと対応」石原邦雄（編）『家族生活とストレス』垣内出版, pp57-87.
- McCubbin, H.I. and Patterson, J.M.
1983 "Family Stress and Adaptation to Crisis : A Double ABCX Model of Family Behavior" pp87-107, in Olson, D.H. and Miller, B.C. (eds), *Family Studies Review Yearbook vol. 1 : Sage Publication.*
- 宗像恒次・久常節子（編）
1982 『家族と看護人間科学』垣内出版
- 中島紀恵子 他
1982 a 「呆け老人を抱える家族の実態—呆け老人をかかえる家族の会の全国調査より—」『保健婦雑誌』38: 2, pp24-36.
1982 b 「呆け老人とその家族の実態—呆け老人をかかえる家族の会の第2次全国調査—」『保健婦雑誌』38: 12, pp10-47.
- 中谷陽明・東條光雅
1989 「家族介護者の受ける負担—負担感の測定と要因分析—」『社会老年学』No.29, pp37-43.
- 岡本多喜子
1986 「老年期痴呆の老人の扶養に関する分析枠組み」『社会福祉学』27: 1, pp51-79.
1989 「精神症状に問題のある老人の介護者にみる社会福祉サービスの利用要因」『社会老年学』No.29, pp44-50.
- Olson, D.H.
1979 "Circumplex Model of Marital and Family systems: Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications" *Family Process* 18: 1, pp 3-28.
- 小澤千穂子
1989 「デイケア利用者のADL, IADL」『老年社会科学』11: 1, pp84-97.
- 老人福祉開発センター
1987 『在宅重介護老人世帯の介護と家計に関する実証的研究報告書』
- 坂田周一
1989 「在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意志」『社会老年学』No.29, pp37-43.
- 佐藤豊道
1989 「痴呆性老人の特徴と家族介護に関する基礎的分析」『社会老年学』No.29, pp 3-15.
- Shanas, E.
1979 "Social Myth as Hypothesis: The Case of the Family Realations of Old People" *The Gerontologist* 19: 1, pp 3-9.
- Stone, R., Cafferata, G.L. and Sangle, J
1987 "Caregivers of the Frail Elderly: A National Profile" *The Gerntologist* 27: 5, pp616-626.
- Sussman, M.B.
1976 "The Family Life of Old People" pp218-243 in Binstock, R.H. and Shanas, E. (eds), *Handbook of Aging and the Social Sciences: van Nostrand Reinhold Company.*
- 島内節
1989 「在宅ケア活動の評価の視点と方法」『保健婦雑誌』45: 5, pp 7-17.

- 冷水豊
1989 「痴呆性老人の家族介護にともなう客観的要因の類型」『社会老年学』No.29, pp16-26.
- 副田義也
1978 「主体的な老年像を求めて」『現代のエスプリ』No.126, pp 5-24.
- 高橋博子
1989 「ショートステイ利用家族の実態と力動」『日本看護協会調査研究報告』No.29, pp105-129.
- 高崎絹子
1988 「地域におけるばけ老人・家族への援助」島内節・川村佐和子(編)『在宅ケア基礎づくりと発展への方法論ー』(増訂版)文光堂, pp149-181.
1989 「在宅障害老人・家族への看護援助の評価」『保健婦雑誌』45: 5, pp55-61.
- 東京都福祉局
1985 『高齢者の生活実態および健康に関する調査』
- 東京都老人総合研究所・社会学部
1977 『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニードに関する調査研究』
1980 『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニードに関する調査研究(2)ー3年後の追跡調査結果ー』
1983 『在宅障害老人とその家族の生活実態および社会福祉ニードに関する調査研究(3)ー東京下町の場合ー』
- 山崎京子
1988 「寝たきり老人および家族の実態と在宅ケアの可能性」『保健婦雑誌』44: 9, pp22-31.
- 横浜市企画財政局都市科学研究室
1985 『老人扶養と家族』
全国社会福祉協議会
1987 『在宅痴呆性老人の介護者実態調査報告書』

Key Words (キー・ワード)

Family Care (家族介護), Impaired Elderly in Community (在宅要介護老人), Care Posture (介護態勢), Care Consciousness (介護意識), Support Network (サポート・ネットワーク)

TOWARDS A CONCEPTUAL FRAMEWORK OF FAMILY CARE
FOR THE IMPAIRED ELDERLY

Hiroko Fujisaki*

*Tokyo Metropolitan College of Allied Medical Sciences
Comprehensive Urban Studies, No.39, 1990, pp.61-83

In recent Japan, family support for the aged is seen weakening, and this trend has reached a critical point. But as social services for the elderly are changing from institution-based to community-based, the family is again considered as a important resource for elderly in the community. Under these conditions, research concerning family care for the impaired elderly has been increasing, and a considerable amount research findings has been made available. However, as most of this research is not based on any definite conceptual framework, the findings are not necessarily be comparable, which obstructs further advancement of the study.

The purpose of this paper is to examine the various factors of family care and to construct a conceptual framework from them. At first, two factors directly defining the care situation are examined: "care posture" and "care consciousness." The former refers to the objective aspect of family care, and the latter to its subjective aspect. Then, four more related factors are examined: the degree of impairment of the elderly, general characteristics of the family system, support networks for the elderly and their families, and the time perspective. Finally, a conceptual framework is constructed from these factors, and one case is studied, using this framework.